

Fra gal til syk

I Norge var første halvpart av 1800-tallet årene da de sinnslidende kom fram i lyset og ble betraktet som en pasientgruppe med samme behov for helsetjeneste og omsorg som andre syke. Også her var det tankegods fra 1700-tallets opplysningstid og den franske revolusjonens frihetsidealer som slo inn. Mange psykiatriske pasienter hadde vært holdt innesperret i primitive "døllbus" eller "dårekister" som skilte seg lite fra arrester og fengsler. Professor Frederik Holst gjennomførte en kartlegging av norsk sinnssykeomsorg og konkluderte med at den var uverdigg og måtte reformeres. En omfattende rapport fra 1828 inneholdt blant annet et forslag til et stort asyl basert på utenlandske forbilder. Dette skulle være en såkalt panoptisk bygning, der selve arkitekturen var ment som et hjelpemiddel i behandlingen. I løpet av de årene det tok å ordne finansiering, endret internasjonal psykiatri seg, slik at da Gaustad Asyl ble åpnet i 1855, var det en annen type terapeutisk arkitektur som var blitt valgt. Fortsatt gjaldt ønsket om å tilpasse arkitekturen til pasientenes tilstand. Synet på sinnslidende undergikk en tydelig langsom forandring – fra at man betraktet folk med uforståelige tanker og bisarr atferd som gale, til å anse dem som syke.

Fra den første tiden med medisinsk undervisning ved Universitetet hører vi lite eller intet om sinnslidelser og psykiatri som fag. Var det ikke psykiatriske pasienter i landet?

For å svare på dette spørsmålet, la oss kombinere våre kunnskaper om helse i kontekst med vår forestillingsevne og se på hvordan slike pasienter kunne ha det i 1700-tallets Norge. Befolkningen bodde stort sett spredt eller i mindre bygdelag eller tettsteder. Miljøene man tilhørte, var mindre og mer isolerte enn senere. Den sosiale atferden var vanligvis styrt av de tre faktorene vi alt har drøftet, nemlig lover og regler, kirkens normer og skikk og bruk og sedvane på stedet. Vi må regne med at presset for konformitet ofte var ganske stort og at aksepten for avvik kunne være liten. Da kunne det bli vanskelig for den som stakk seg ut, blant annet folk som hadde slike tanker og slik atferd som vi i senere tider ville ha regnet som psykiatrisk.

Psykiske lidelser kan være så mangt. Det kan være tankeprosesser som foregår inne i pasienten hode og er lite observerbare for andre. Men det kan også være utagerende atferd og sosiale avvik som er synlige for alle og som krever tiltak både av hensyn til personen selv og til omgivelsene. I historien ser det ut til at

holdningene til disse to gruppene er noe forskjellig. Tvangstanker, hallusinasjoner og andre sinnsforstyrrelser kunne enten bli akseptert eller forsøkt forklart og korrigert i miljøet. Men det vi vet lite om, er hvordan *aksepten for slike avvik* var rundt omkring. Den var sannsynligvis forskjellig. Noen steder var det greit å ha en ”bygdetulling” i miljøet, andre steder ikke. Det samme gjelder for aldersdemens, selv om alder ikke er noen sykdom.

Verre var det for de uregjerlige med atferd og symptomer som for samtiden tok seg ut som ulydighet, villelse og galskap. Mange psykiatriske pasienter var ofte svært urolige helt fram til effektive, spesifikke medikamenter kom i bruk så sent som rundt 1950. Derfor var det lenge ikke noen annen løsning ved uro og voldelighet enn å sperre pasienten inne slik man gjorde med kriminelle, eller bruke tvangsmidler for å roe ned, uten at dette i seg selv behøvde bety at man hadde menneskefiendtlige holdninger. Tvangsmidler kunne være nødvendige når man ikke hadde annet til rådighet.

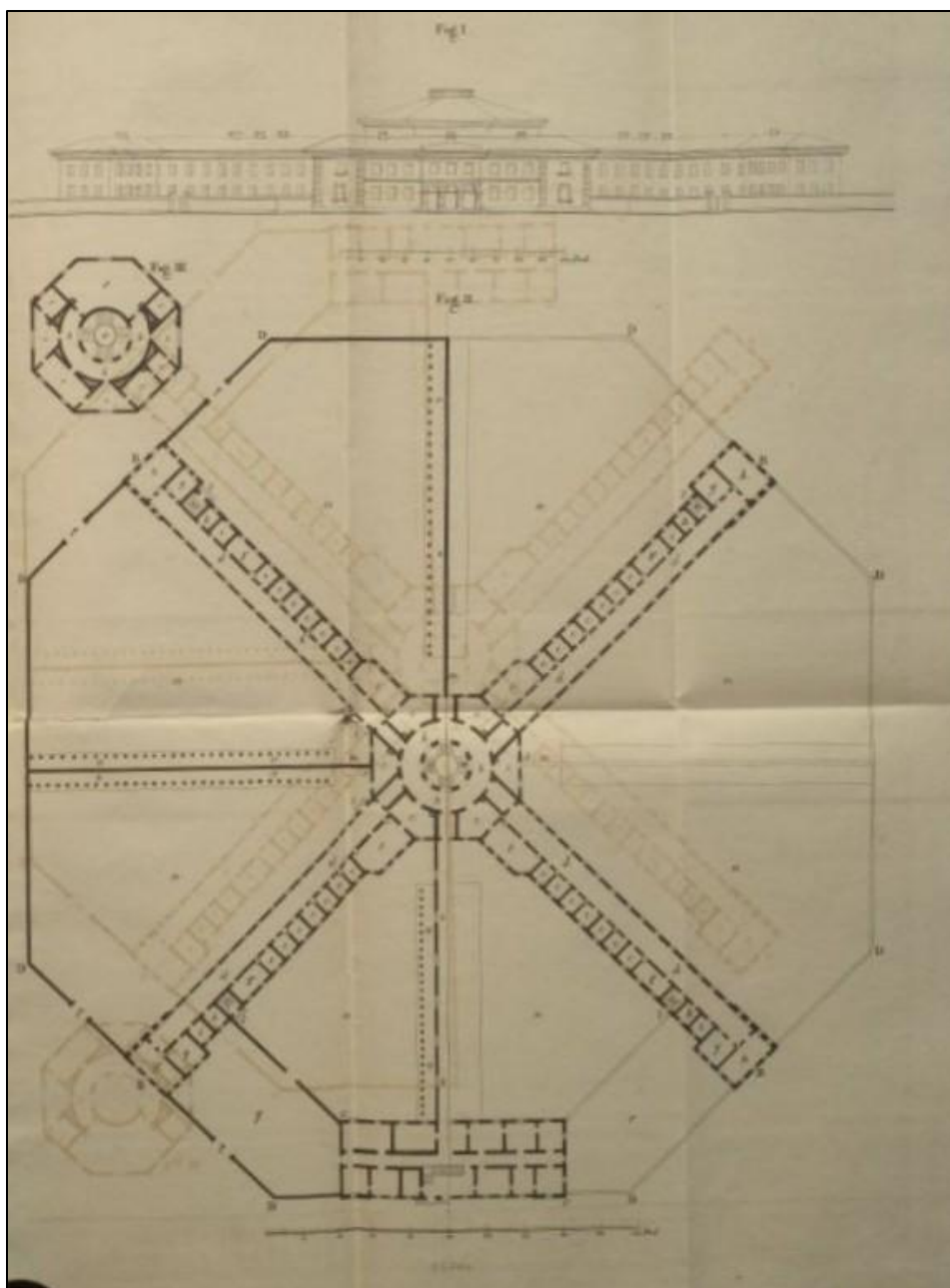
Frederik Holst og de sinnslidende

Samfunnsmedisineren Frederik Holst tok opp både de sinnslidendes kår i Norge og soningsforholdene i fangehull og fengsler. I 1819, allerede før han ble professor i 1824, reiste han ut i Europa for å studere blant annet sinnssykepleie og fengselsvesen og et nær beslektet område, nemlig fattigvesenet. Han kartla forholdene i Norge og la fram grundige rapporter om dette.¹

Holst fikk gjennomslag for sine ideer. Han hadde helt konkrete forslag til hva man burde gjøre, både at man burde bygge asyls etter utenlandsk mønster for de sinnslidende, og tilsvarende fengsler som oppfylte samtidens krav til human fangebehandling.

Holst hadde lagt fram en tegning til et sinnssykeasyl, utarbeidet av tidens store arkitekt, den unge Christian Heinrich Grosch (1801-1865). Det nye synet på sinnssykdom tilsa at målet for omsorgen måtte *være behandling med sikte på helbredelse*. Det kunne være vanskelig. Det var viktig at sykehusarkitekturen generelt var egnet for psykiatriske pasienter, men også slik at man kunne individualisere tiltakene overfor pasientene - samtidig som man beholdt kontroll over dem. Holst hadde landet på en modell han hadde sett i utlandet, *det panoptiske sykehus*. Det hadde et rundt sentralbygg der fløyen strakte seg ut til fire kanter. Utenfor pasientrommene i fløyene var det korridorer som var synlige fra vaktrommet i sentralbygget. Dermed kunne et tallmessig begrenset personale holde øye med et stort antall syke og straks se om noen kom ut i korridoren (Figur 16.1.)

Holst innså imidlertid at det ikke var alle pasienter som det ville være mulig å behandle med utsikt til bedring. Det ville fortsatt være behov for innesperring av



Figur 16.1. Holsts og Grosch's utkast til et psykiatrisk behandlingssykehus i Christiania. Bilag til: Holst F. Beretning, Betænkning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindssvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til deres Forbedring i Aaret 1825 naadigst nedsat kgl. Commission. Christiania: Jacob Lehmanns Enke, 1828.

uregjerlige. Derfor forutsatte hans plan også et bygg for innkvartering av slike pasienter.ⁱⁱ

Men tiden gikk. Selv om ideene og viljen var der, var det mange forskjellige oppgaver i det nye norske samfunnet som konkurrerte om ressursene, så spesielt

finansieringen av asylbygging tok tid. Det var foreslått bygging av fire asyler for å kunne dekke hele landet, dvs. ved Christiania, Christianssand, Bergen og Trondhjem. Man måtte begynne med å bygge et av dem. Og det ble altså asylet som skulle ligge ved Gaustad gård utenfor Christiania.

Vi merker oss at sinnsykepleien ble regnet som en så tung oppgave at den ble lagt på statlig nivå og derved hevet over prinsippet fra 1837 om kommunalt selvstyre.

Neste generasjon kommer: Herman Wedel Major

Så skjedde det noe. Den unge legen Herman Wedel Major (1814-1854), med medisinsk eksamen fra 1842, kom inn i norsk psykiatri, visstnok foranlediget av at hans forlovede ble alvorlig psykiatrisk syk. Han fulgte henne til asylet i Slesvig. Der ble han så fascinert av faget psykiatri at han valgte å satse på det selv. Han reiste på egen kostnad til utlandet og studerte moderne behandling av sinnslidende. Major var også med på å utarbeide sinnsykeloven av 1848.

Major hadde laget sitt eget utkast til hvordan et sinnssykeasyl skulle bygges for å ha en ”terapeutisk arkitektur”. Hovedforskjellen mellom Holsts og Majors tenkning var at for Major hadde *alle syke* i prinsippet krav på behandling med helbredelse som mål, og arkitekturen måtte gjenspeile og tilpasse seg dette.

Major var 23 år yngre enn Holst og tilhørte sånn sett neste pulje leger som kom til å forme norsk medisin og helsevesen. Major levde og åndet for et fagområde som var under rask utvikling. Mye skjedde med psykiatrien som fag. Dessuten hadde dette noe å gjøre både med utviklingen av menneskesynet og av den alminnelige sykdomsoppfatningen. Det var langsomme forandringer på gang.

Men Major hadde en stor fordel. Han kunne bygge videre på Holsts arbeid. Holst hadde beskrevet sinnssykeproblemet omfang og karakter slik at Major allerede hadde et kunnskapsgrunnlag for å foreslå tiltak. Det hadde ikke foreligget en generasjon tidligere. Psykiatrihistorikeren Svein Atle Skålevåg kalte i sin doktoravhandling fra 2003 avsnittet om Holst og psykiatrien *Frederik Holst og sentimentale reiser på 1820-tallet*. Han beskriver Holst som representant for ”sinnssykesentimentalismen” og hevder at det som kom ut av hans virke, var en opptelling av syke og avgivelse av en rapport.ⁱⁱⁱ Dette var neppe oppfatningen i samtiden.

Det var ikke overraskende at det var Majors oppdaterte utkast til arkitektur som ble valgt framfor Holsts, da asylbyggingen ble konkret og Gaustad asyl skulle bygges (Figur 16.2.). Det var Majors svoger, arkitekten Heinrich Ernst Schirmer (1814-1887) som fikk oppdraget, og Gaustad Asyl sto ferdig i 1855.



Figur 16.2. Gaustad Asyl ble åpnet i 1855. Tårnet danner enden på en midtakse som går bakover i bildet. Fra aksen strekker det seg ut på begge sider fløyer som ligger bak hverandre. De har forskjellig strenghetsgrad, slik at pasienter kan plasseres og flyttes fram og tilbake slik det passer best med tilstanden. Det var menn og kvinner på hver sin side av midtaksen. Gårdsbruket omkring ble brukt i arbeidsterapien. Anlegget heter nå Gaustad sykehus og er fredet. (Foto: Øivind Larsen 2025)

Major gikk inn for humane, så vidt mulig tvangsfrie behandlingsmetoder og regnes derfor som en av de største i norsk psykiatri. Han var tiltenkt stillingen som direktør for Gaustad Asyl. Major mente selv at denne oppgaven ville være for stor for ham og han søkte ikke. Han valgte isteden å emigrere til Amerika. I 1854 omkom han og familien da emigrantskipet forliste på vei dit.

Hva videre?

Hva så med Holsts panoptiske modell? Den ble lagt til grunn for Botsfengselet i Christiania, oppført 1843-1851, riktignok nå under neste generasjons arkitekt Heinrich Ernst Schirmers ledelse.

Og hva med de andre planlagte asylene? Det gikk ikke så fort. Rotvold Asyl ved Trondheim åpnet i 1872 og Eg Asyl ved Christianssand i 1881. I Bergen kom det ikke noe, for der hadde byen allerede ordnet opp på egen hånd og åpnet Bergen Mentale Sygehus i 1833.^{iv} Psykiatrien var kommet inn i et nytt spor. Ikke minst betydde det mye at sinnssykepleien med Sinnssykeloven av 1848 var blitt skilt ut fra fattigvesenet og blitt *medisinsk*.

For psykiske sykdommer og psykiatri som fag kan vi se tydelige langsomme forandringer med flere faser. I løpet av et halvt århundre ble de sinnslidende i større grad forstått som syke, ikke bare avvikende. I tråd med dette ble psykiatri etablert som et medisinsk fagfelt også i Norge. Men det tok likevel mange årtier før utviklingslinjene hadde samlet seg, slik at oppfatningen av psykiske sykdommer og av psykiatri var blitt som for andre deler av sykdomspanorama, medisin og helsetjeneste. Universitetet hang f. eks. på bemerkelsesverdig vis etter, men mer om dette senere.

Noter

ⁱ Om reformene innen psykiatri og fengselsvesen i første halvdel av 1800-årene, se følgende utdypende artikler: Larsen Ø. Psykiatrien inn i norsk medisin. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2016; 136: 1060, og Larsen Ø. Frederik Holst og fengslene. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2001; 121: 3556-3560.

ⁱⁱ For mer detaljer, se Kringlen E. Frederik Holst og psykiatrien. *Michael* 2017; 14: 288-293.

ⁱⁱⁱ Skålevåg SA. *Fra normalitetens historie – Sinnsykdom 1870-1920*. Bergen: Rokkansenteret rapport 10, 2003 (dr. art. avhandling).

^{iv} Hammerborg M. "Mentalen" – fra mentalsykehus til dollhus i Bergen. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2016; 136: 1120-1124.